

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD Résidence Jean Rostand – CH. 4 villes 141 grande rue – 92310 SEVRES N° FINESS 920804077	
<u>RAPPORT D'INSPECTION</u> N° 2023_00385 Contrôle sur place le 27 septembre 2023	
<u>Mission conduite par :</u> – Madame [REDACTED], Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordinatrice de la mission d'inspection, Délégation départementale des Hauts-de-Seine, <u>Accompagnée par :</u> – Madame [REDACTED], désignée en tant que personne qualifiée, Délégation départementale des Hauts-de-Seine, – Madame [REDACTED], désignée en tant que personne qualifiée, Délégation départementale des Hauts-de-Seine, – Madame [REDACTED], désignée en tant que personne qualifiée, Délégation départementale des Hauts-de-Seine.	
<u>Textes de référence</u>	- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles - Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique - Article L.1435-7 du Code de la santé publique - Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L. 311-1 et 2 du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de ces dispositions, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent, ce droit à communication contient cependant des restrictions et notamment :

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

- Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés conformément à l'article L. 311-2 du CRPA ;
- Le rapport n'est communicable aux tiers qu'une fois reçu par l'inspecté ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

- L'article L. 311-5, 2° du CRPA dispose que : « *ne sont pas communicables (...), les autres documents administratifs dont la consultation ou la communication porterait atteinte (...) au déroulement des procédures engagées devant les juridictions ou d'opérations préliminaires à de telles procédures, sauf autorisation donnée par l'autorité compétente* ».

3/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication :

- L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*
 - o *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)* ;
 - o *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
 - o *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
 - o *Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique* ».
- L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « *lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

Il appartient au commanditaire de l'inspection auquel le rapport est destiné, d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction.....	5
Contexte de la mission d’inspection	5
Modalités de mise en œuvre	5
Présentation de l’établissement.....	6
Constats	9
Gouvernance.....	10
Conformité aux conditions de l’autorisation	10
Management et Stratégie	13
Animation et fonctionnement des instances.....	21
Gestion de la qualité	23
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	25
Prise en charge	28
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	28
Respect des droits des personnes.....	30
Vie sociale et relationnelle.....	33
Vie quotidienne- Hébergement	34
Fonctions support.....	37
Gestion d'information	37
Bâtiments, espace extérieurs et équipement.....	38
Sécurités.....	39
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	43
Écarts	43
Remarques	44
Conclusion	45
Glossaire	46
Annexes	47
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	47
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	49

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

La présente inspection contrôle, diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « Orientation Nationale d'Inspection - Contrôle » (ONIC).

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans une catégorie de risque élevé.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné sur le fondement de l'article L.313-13. V du code de l'action sociale et des familles.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièces et sur place.

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :

GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions de l'autorisation ou de la déclaration
2. Management et Stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion de la qualité
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

PRISE EN CHARGE

6. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
7. Respect des droits des personnes
8. Vie sociale et relationnelle
9. Vie quotidienne – Hébergement

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'équipe d'inspection a fait des constat de manquements qui affectent l'organisation, le fonctionnement de l'EHPAD Jean Rostand et qui sont de nature à faire courir des risques aux personnes hébergées. Il s'agit notamment des manquements suivants :

• Gouvernance

- Un manque de culture à la déclaration et l'analyse des dysfonctionnements et événements indésirables,
- Un projet d'établissement spécifique à l'EHPAD absent et un projet d'établissement du CH4 Villes non soumis au CVS.

• Prise en charge

- Une organisation et un fonctionnement de l'établissement qui ne garantissent pas le plein exercice de leurs droits par les résidents, (liberté d'aller et venir, droit de désigner une personne de confiance et droit de rédiger des directives anticipées)
- Un temps de présence insuffisant du médecin coordonnateur qui ne peut par conséquent assurer ses missions de coordination,
- Une absence totale de déclaration des événements indésirables aux deux autorités de tutelle corroborée par un manque d'appropriation des procédures ad hoc par les soignants.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

Le Gouvernement a engagé début février 2022 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Les effets attendus du plan sont les suivants :

- Prévenir, repérer et corriger (le cas échéant) les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitance et les dysfonctionnements de nature à affecter la prise en charge des personnes âgées accueillies en EHPAD et / ou le respect de leurs droits ;
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les EHPAD, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des résidents, l'individualisation des prises en charge et le respect de leurs droits et libertés.

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription de l'EHPAD « Résidence Jean Rostand », situé au 141 grande rue 92310 SEVRES n° 920804077, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Le contrôle de cet établissement, diligenté à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan.

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 27 septembre 2023, sans annonce préalable à l'établissement

(visite sur site inopinée) .

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :

GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions de l'autorisation ou de la déclaration
2. Management et Stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion de la qualité
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

PRISE EN CHARGE

6. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
7. Respect des droits des personnes
8. Vie sociale et relationnelle
9. Vie quotidienne – Hébergement

La composition de la mission figure en p.1 du rapport et dans la lettre de mission en **annexe 1**.

La liste des documents demandés et le relevé des documents transmis figure en **annexe 2**.

Présentation de l'établissement

Situé au 141 grande rue à SEVRES, l'EHPAD « Résidence Jean Rostand » est géré par le Centre hospitalier des Quatre Villes communément appelé CH 4V, établissement public de santé des Hauts-de-Seine, rattaché au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT 92) , dont il est l'établissement support.

En outre, le CH 4V (Saint-Cloud, Sèvres, Chaville, Ville d'Avray) est composé :

- du site hospitalier de Saint-Cloud situé , rue Charles Lauer à Saint-Cloud,
- du site hospitalier de Sèvres , situé 141 grande Rue à Sèvres,
- du site des résidences Lelégard à Saint-Cloud (rue Laval et rue Lelégard) qui comprend une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 70 lits et un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de 85 places, modernisé en 2019. La résidence Lelégard dispose d'un jardin commun à l'EHPAD Laval et à l'USLD Pasteur,
- du site Arthur Rimbaud (CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) à Boulogne Billancourt.

Restructuré en 2006, l'EHPAD « Résidence Jean Rostand » à Sèvres dispose de 84 places en hébergement permanent et de 20 places en accueil de jour.

Toutes les places sont habilitées à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

L'EHPAD est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer.

L'EHPAD « Résidence Jean Rostand » dispose de deux unités spécialisées dans la prise en charge de résidents touchés par la maladie d'Alzheimer ou pathologie apparentées et présentant des troubles du comportement :

- une Unité de Vie Protégée (UVP) de 6 places,
- une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) labellisée de 14 places, créée en 2018.

Au jour de l'inspection, le 27 septembre 2023 , l'établissement héberge [REDACTED], soit un taux d'occupation [REDACTED]

Au regard de la liste des GIR transmise par l'établissement à la suite de l'inspection-contrôle sur 80 résidents présents ce jour-là, la répartition en GIR était la suivante :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Jean Rostand 27/09/2023	[REDACTED]%	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]%
IDF ¹	18%	40%	18%	17%	7%

Plus précisément, la composition en fonction des différentes unités était :

Étage/bâtiment	Type d'unité	Nombre de résidents accueillis	GIR moyen	GMP moyen
1er	UHR/UVP	[REDACTED]		
2	EHPAD			
3	EHPAD			
4	EHPAD			
Total				

¹ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

La dernière convention tripartite a été signée le 1^{er} décembre 2005.

Le CPOM a été signé le 22 mars 2019 et doit être renouvelé en 2024.

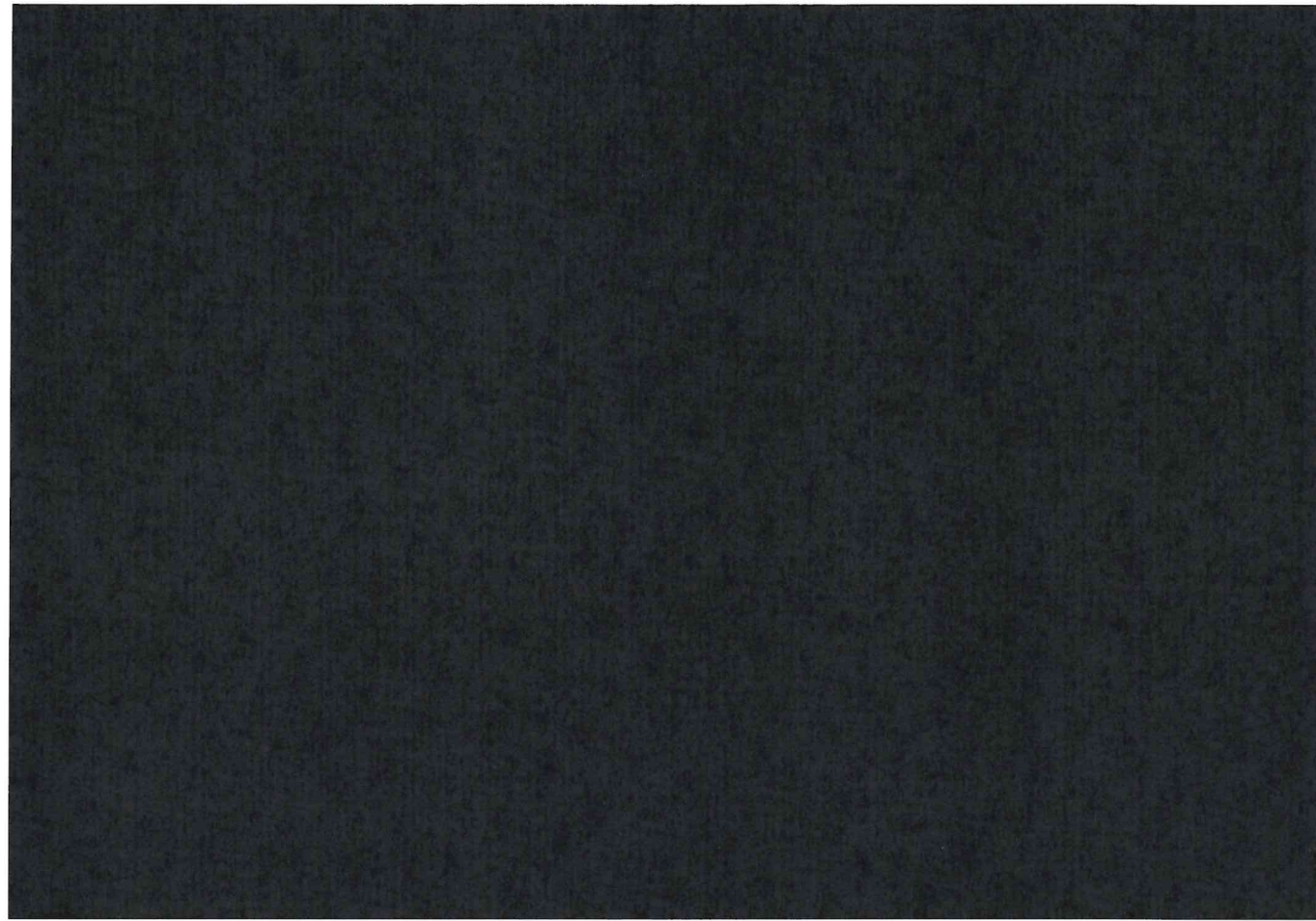


Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	EHPAD Résidence « Jean Rostand »		
Nom de l'organisme gestionnaire	Centre Hospitalier des 4 Villes (CH 4V)		
Numéro FINESS géographique	920804077		
Numéro FINESS juridique	920009909		
Statut juridique	Public hospitalier		
Option tarifaire	Tarif global		
PUI	Non		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ²
	HP	84	84
	HT	0	0
	PASA	0	0
	UHR	14	14
	ADJ	20	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	La totalité : 84		

	Année 2017
PMP Validé	
GMP Validé	

La dernière décision tarifaire de 2022 fait état d'un budget de fonctionnement de [redacted] en 2022, dont [redacted] au titre de la dépendance et [redacted] au titre du soin.

² Au jour du contrôle sur place

Constats

Le rapport est établi au vu des réponses apportées aux questions posées sur une base déclarative et aux documents probants transmis.

La grille est renseignée de la façon suivante :

- Remarque : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé,
- Écart : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quels est le statut juridique de la structure ? Rachat récent de l'EHPAD par nouveau gestionnaire dont l'ARS n'est pas informée ? Les obligations liées à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG	L'EHPAD Résidence « Jean Rostand » est un établissement public hospitalier, rattaché au Centre Hospitalier Les 4 Villes à Sévres. La partie gouvernance ainsi que celle des ressources humaines sont entièrement intégrées dans la gestion globale du CH Les 4 Villes.		L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements)
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ? Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ? La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ? Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'hébergement permanent en EHPAD supérieur à 95% Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'hébergement temporaire en EHPAD supérieur à 70% Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'accueil de jour en EHPAD supérieur à 70% Maintenir/atteindre un taux d'occupation de l'accueil de jour autonome à 70%	L'établissement dispose d'une autorisation du 16 décembre 2005 pour 84 lits d'hébergement permanent et pour 6 places d'accueil de jour. Un arrêté du 15 janvier 2010 porte extension de la capacité d'accueil de jour et autorise la création de 14 places supplémentaires soit un total de 20 places d'accueil de jour. Cette autorisation, délivrée pour 15 ans, est accordée au CH4V pour étendre la capacité de l'accueil de jour situé à Sévres. Sur le site internet de l'établissement l'EHPAD Jean Rostand dispose théoriquement , d'un espace dédié à de l'accueil de jour au sein de la résidence permettant un accueil en petit groupe de 10 personnes maximum. Or la Direction a informé l'équipe d'inspection que l'accueil de jour de l'EHPAD Jean Rostand était fermé depuis le covid et que l'ensemble des places d'accueil de jour était transféré à l'EHPAD Lélégard à Saint-Cloud.	Ecart n°1 : La capacité installée n'est pas conforme à l'arrêté d'autorisation. Ecart n°2 : Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement par rapport aux caractéristiques prises en compte pour son autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente.	L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) D313-15 CASF (% par GIR) * accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité

10/52

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			La somme allouée au budget de l'établissement a été transférée à un second établissement du groupe où sont actuellement localisées les 20 places d'Accueil de jour. L'ERRD 2022 indique un taux d'occupation pour l'année [REDACTED] Au jour de l'inspection, 80 résidents sont présents selon le plan d'occupation des chambres et selon la liste des résidents, soit 4 places disponibles avec un taux de présence de 95,23 %. Concernant l'UHR de l'établissement, 18 résidents sont présents soit un taux d'occupation de 90 %.		autorisée" & R 332-1 CASF (APA Eib 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle transmis aux autorités compétentes le CPOM en cours de validité ? La direction a-t-elle communiqué annuellement l'évolution des indicateurs du CPOM ? (NB)selon moi, c'est une info à faire figurer simplement dans la "présentation" de l'EHPAD	Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a été signé le 22 mars 2019, il a bien été transmis à l'ARS. Il doit être renégocié en 2024.		L313-11 CASF (CPOM) L313-12 (contenu CPOM)
1.1.2.2	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ?	Il existe un projet pour l'UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) transmis à l'équipe d'inspection. Il n'y a pas de PASA (Pôle d'Activité de Soins Adapté) au sein de l'établissement.		Art. D312-155-0-1 (PASA) Art. D312-155-0-2 (UHR) RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en PASA" (ANESM- 13/12/2016)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie : - nombre de personnes, - âge des personnes, - données sociodémographiques disponibles, - état de santé, - état de dépendance : proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 ; - état de handicap ? Quel est le nombre de personnes majeures relevant d'un régime de protection juridique ?	Une liste de résidents présents au jour de l'inspection contrôle a été transmise aux membres de la mission. Cette dernière fait figurer 80 résidents présents en hébergement permanent, cependant dans la liste des GIR reçue également, seuls les GIR de 68 résidents sont renseignés. D'après la liste des résidents fournie le jour de l'inspection, 10 résidents bénéficient de l'aide sociale à l'hébergement. La moyenne d'âge des résidents est de 89 ans. La tranche d'âge des résidents s'étale de 74 à 103 ans. Concernant les GIR sur la base des 68 GIR communiqués : - [REDACTED] - [REDACTED] La commune de domicile de secours est renseignée pour l'ensemble des résidents.	Remarque 1 : La liste des résidents transmise par l'établissement est conforme à l'exception du numéro de chambre non renseigné. L'établissement doit être en capacité de fournir les GIR de l'ensemble de ces résidents.	D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité autorisée") D312-158, 2° (avis du médecin à l'admission), 4° (évaluation par le médecin de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique).

Management et Stratégie

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.1	Management et Stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résidents ?	L'EHPAD Résidence « Jean Rostand » bénéficie d'un règlement de fonctionnement.Ce dernier a été remis à jour en 2021. Les membres de la mission ont pu observer que le règlement de fonctionnement était affiché au jour de l'inspection Dans le règlement de fonctionnement transmis par l'établissement, il est indiqué que le livret d'accueil est remis à toute personne accueillie ou à son représentant légal, lors de l'admission.		L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)
1.2.1.2	Management et Stratégie	Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	 Le contenu du règlement de fonctionnement de l'établissement n'est pas complet, il manque des dispositions prévues par le CASF à savoir, des informations quant aux : - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, délivrance des prestations offertes à l'extérieur, sanctions des faits de violence sur autrui, - temps de réunions, - transmissions, partage d'information, accueil des nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles des agents.	 Ecart n°3 : Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD n'est pas conforme au CASF dans son contenu. Certains sujets ne sont pas évoqués comme listés ci-contre dans la case de gauche : « Observations et commentaires ».	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	Il existe un projet d'établissement du CH 4 Villes qui comprend une partie dénommée « Pôle Personnes âgées », qui fait référence aux deux EHPAD Jean Rostand à Sévres et Lélégard à Saint-Cloud intitulée : « Situation actuelle et principaux enjeux ».		L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement)
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le projet d'établissement doit contenir les volets : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bienveillance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	Le projet d'établissement du CH4 Villes pour 2022-2026 a bien été remis à la mission. A la page 142 et au chapitre 6.2 de ce dernier document, on trouve le projet du « Pôle Personnes âgées » du CH4 Villes dont font partie les EHPAD Jean Rostand de Sévres et Lélégard à Saint-Cloud. Des informations et projets sur la qualité et la sécurité des soins comme sur la promotion de la bientraitance par exemple y figurent mais leurs thématiques englobent les activités de l'ensemble de l'hôpital et non spécifiquement des deux EHPAD ni de celles de l'EHPAD Jean Rostand de Sévres, en propre. Ces pages de 142 à 144 du projet d'établissement du CH4 Villes de 2022-2026 ne comprennent pas les éléments attendus d'un projet d'établissement d'un EHPAD, à savoir : - Présentation des enjeux et mission, - Caractéristiques des personnes accueillies, - Nature de l'offre de service et organisation, - Management de l'EHPAD, - Projet social et logistique, - Personnalisation des PVI, - Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège. - le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement, - Bientraitance et prévention maltraitance, - Projet d'animation.	Ecart n°4 : Les pages 142 à 144 du projet d'établissement du CH4 Villes 2022-2024 ne peuvent pas être considérées comme le projet d'établissement de l'EHPAD Jean Rostand, il n'existe pas non plus de projet général de soins pour cette structure, aussi l'établissement n'est pas en mesure de garantir la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux articles L311-8 et L311-3 du CASF.	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans → il faut un PE pour l'EHPAD), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (projet D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, I, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- Perspectives d'évolution et de développement, - Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs.		
1.2.1.6	Management et Stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ? Ce plan contient-il : - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité	Il existe un « plan bleu » de l'établissement, il comprend 3 fiches techniques : - la conduite à tenir en cas de canicule, document créé en 2017, revu et appliqué en 06/2023 (version 4), - un plan d'organisation en matière de gestion de crise, pour les résidences pour personnes âgées, créé en 2009 (Version 15) , revu et appliqué à compter de 06/2023, - un volet concernant la gestion des canicules pour les EHPAD Lelégard et Jean Rostand ainsi que USLD, document créé en 06/2009 (version15), revu et appliqué en 06/2023. Il existe un volet spécifique du plan bleu concernant la gestion d'une canicule pour les EHPAD incluant un état des stocks réalisé en juin 2023.		L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique mis dans le PE) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.
1.2.2.1	Management et Stratégie	Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ? Existe-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ? L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	La direction de l'ensemble du CH les 4 villes est confiée à un directeur, qui est à la fois directeur du Centre Hospitalier mais également des deux EHPAD et d'une USLD (Unité de Soins de Longue Durée). La Responsable du Pôle Personne âgées et résidences est en premier lieu, un des adjoints du directeur du CH 4 Villes et est responsable du Pôle personnes âgées et résidences. Elle a par ailleurs, en responsabilité la gestion des deux EHPAD du CH 4 Villes et de l'USLD. Elle est mise à disposition par la Fondation Roguet et réparti son temps de présence entre les deux EHPAD.  Il a été remis à la mission, la concernant, une fiche de poste générique en tant que directrice adjointe du CH 4 Villes. Cette fiche de poste comprend des missions de Responsable du Pôle Personne âgées et résidences.	Remarque 2 : Le document transmis en lieu et place de l'organigramme demandé par la mission ne correspond rien à un organigramme, ce dernier ne fait pas apparaître les liens fonctionnels et hiérarchiques entre les personnels ce qui pourrait induire une confusion chez les familles, les résidents voire les salariés.	L315-17 (dir EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'ébt et rôle de

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Un document «organigramme» a été remis à la mission. Sur ce dernier des éléments sont manquants et/ ou incohérents : - les liens fonctionnels et hiérarchiques ne sont pas formalisés, - le nombre d'ETP exact n'est pas renseigné, - l'ensemble des personnels avec nom et fonction ne figure pas sur l'organigramme, - les numéros de poste téléphoniques n'ont pas lieu d'être sur un organigramme.		l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.2	Management et Stratégie	À quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	Un CODIR animé par le directeur de l'Hôpital se tient en présence des autres directeurs de Pôles. A cette instance, s'ajoute de manière hebdomadaire, un point entre le Directeur du centre hospitalier et chacun des Responsables de Pôle. Il existe cinq pôles répartis de la manière suivante : - Le Pôle Femme Enfant, - Le pôle Personnes Agées, - Le pôle Bloc Anesthésie Chirurgie (BAC), - Le pôle Médecin Urgences Addictologie (MUA), - Le pôle médicoteknique (MT). Au sein de l'EHPAD, se tient une fois par semaine un COPIL animé par la responsable de pôle normalement composé : - Du médecin coordonnateur poste vacant (départ après l'inspection), - D'un psychologue, - Cadre de santé, - Animalier, - Psychomotricienne, - et les adjoints administratifs. Aucun compte rendu n'est effectué de ces COPIL.	Remarque 3 : Il est attendu que des comptes rendus soient réalisés lors des réunions afin de pouvoir tracer et communiquer les décisions prises.	
1.2.2.3	Management et Stratégie	Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels : - pétitions, - absentéisme élevé, - rotation fréquente des personnels, - affaires prud'homales, - suivi TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndcats...	Lors de l'entretien avec la responsable du Pôle personnes âgées et résidences, il n'a pas été évoqué de conflits dans l'établissement.		L311-3° CASF (PEC et accompagnement de qualifié du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			[REDACTED] [REDACTED] La responsable du Pôle personnes âgées et résidences a informé la mission, d'un certain nombre de départ à venir [REDACTED] [REDACTED] La mission rappelle que la présence d'un MedCo est réglementaire il devra donc être remplacé et dans l'attente de l'arrivée d'un nouveau MedCo, l'établissement doit mettre en oeuvre une organisation "dégradée" permettant la réalisation de telle et telle mission qui garantissent la sécurité de la prise en charge des résidents, de même pour l'organisation des soins.		
1.2.2.5	Management et Stratégie	Quelles sont les relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire ? - fréquence et modalités ? Existe-t'il un soutien effectif et de quelle nature ? Démarche qualité, aide RH, mutualisations MedCo et prescripteurs, intervention en cas de vacances de poste de direction, recrutements et plans de formation Existe-il une modalité de contact en urgence ?	Au regard des éléments de réponse apportés par la responsable du Pôle personnes âgées et résidences, le directeur du CH 4 villes se rend disponible pour ses responsables de Pôles, de façon régulière. En cas d'absence de la responsable du Pôle personnes âgées et résidences, le directeur du CH des 4 villes et/ou un administrateur prennent le relais au sein de la résidence.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)
1.2.2.6	Management et Stratégie	Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ?	La responsable du Pôle personnes âgées et résidences a pris ses fonctions au sein de l'EHPAD Jean Rostand en [REDACTED] Elle est en charge des deux EHPAD du CH 4 Villes : Jean Rostand à Sèvres et Leilégard à Saint Cloud ainsi que l'USLD. Les membres de la mission ont pris connaissance de l'arrêté de désignation de la responsable du Pôle personnes âgées et résidences qui mentionne sa qualité de		L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? Est-elle cohérente avec les délégations accordées ? Quel est le champ de compétences du directeur ? - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs	jusqu'en [REDACTED] auprès du Centre Hospitalier du Centre Hospitalier des 4 villes et ce La mission rappelle qu'un arrêté de reconduction ou le recrutement d'un nouveau responsable est à prévoir au-delà de [REDACTED] La fiche de poste transmise à la mission n'est pas finalisée s'agissant d'un document « projet ». La mission ne peut confirmer que la directrice a bien été destinataire de ce document.		
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	L'arrêté de désignation signé par la directrice du CNG mentionne que la directrice est D3S hors classe.		
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?	La mission a été destinataire des calendriers d'astreintes de soins et d'astreintes des administrateurs. Toutefois, la mission ne détient aucun document permettant de connaître le périmètre et les modalités d'action tant du personnel en astreinte de soins et/ou administrative sur l'EHPAD Jean Rostand. La mission n'a pas constaté d'affichage à ce sujet dans l'établissement.	Remarque 4 : Aucune procédure encadre les astreintes.	
1.2.2.9	Management et Stratégie	Le jour J, la direction de l'EHPAD est-elle présente ? Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	La direction de l'EHPAD en la personne du directeur du CH 4 Villes ainsi que la responsable du pôle Personnes âgées et résidences étaient présents le jour de l'inspection contrôle.		
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations ont-elles été formalisées par écrit ? Quel est leur contenu ? Ont-elles été communiquées au conseil d'administration et publiées au sein de l'établissement ?	[REDACTED]		

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.12	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose t-il d'un IDEC ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?	L'établissement dispose d' [REDACTED] La mission a bien été destinataire du diplôme d [REDACTED] La mission rappelle que toutes les IDE salariées cadre ou non doivent être inscrites à l'Ordre infirmiers.		L4312-1 CSP, L4311-15 CSP, Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.13	Management et Stratégie	La direction a-t-elle remis la fiche de poste à l'IDEC, signée par les 2 parties ?	La mission a été destinataire de la fiche de poste nominative de la cadre de santé, toutefois, elle ne peut confirmer qu'elle lui a bien été remise.		
1.2.2.14	Management et Stratégie	Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge? Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?	Les documents transmis confirment que le MedCo [REDACTED] était bien titulaire [REDACTED] Le second médecin intervenant dans l'établissement sur des fonctions de prescripteur pour des résidents n'ayant pas de médecin traitant [REDACTED]. Son contrat de travail précise qu'elle intervient à raison de 0,1 ETP. La mission rappelle que pour un établissement de cette taille la quotité de travail réglementaire du MedCo est de 0,6 ETP. S'il est possible pour un même médecin de bénéficier de deux contrats de travail l'un MedCo l'autre prescripteur, seul le temps d'activité MedCo est pris en compte pour atteindre les 0,6 ETP.	Ecart n°6 : Le temps de présence du MedCo est inférieur au temps de présence réglementaire ce qui compromet la santé, la sécurité et la prise en charge des résidents et contrevient à l'article D312-156 CASF.	D312-156 du CASF (ETP MedCo)
1.2.2.15	Management et Stratégie	Le MedCo est-il titulaire d'un des diplômes suivants ? : - DU de Médecin coordonnateur en EHPAD - el/ou des capacités de gérontologie validées dans le cadre de la formation médicale continue - el/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.	La mission a constaté que le contrat du MedCo ne mentionnait aucunement les 14 missions lui incombant ainsi que les modalités pratiques de leur mise en œuvre (jour de présence...).		D312-157 CASF (diplôme MedCo) et D312-159-1 CASF (contrat du MedCo) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MedCo)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.17	Management et Stratégie	le MedCo et le directeur ont-ils signé un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions	Un arrêté de nomination du médecin du Centre Hospitalier des 4 villes a été transmis aux membres de la mission, cependant il n'y figure pas expressément son intervention sur l'établissement Jean Rostand. Quant au médecin coordonnateur, ce dernier a bénéficié de deux contrats de travail à durée déterminée successifs. [REDACTED]		D312-159-1 CASF (Contrat MedCo) R313-30-1 CASF (professionnels libéraux avec EHPAD) L314-12 CASF (contrat MedCo est Médecin traitant)
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : ☐ tarifs / arrêté du CD ☐ organigramme ☐ règlement de fonctionnement ☐ PV des CVS et composition CVS ☐ PV des commissions de restauration ☐ résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) ☐ charte des droits et libertés de la personne accueillie ☐ programme des animations de la semaine ☐ menus affichés à jour ☐ tarifs et horaires des diverses prestations ☐ numéro 3977/ALMA	Lors de l'inspection, les éléments réglementaires suivants, ne faisaient pas l'objet d'un affichage obligatoire au sein de l'établissement : - PV des CVS, - Règlement de fonctionnement, - PV des commissions restauration.	<u>Ecart n°7</u> : Certains affichages obligatoires n'étaient pas mis en place dans l'établissement le jour de l'inspection contrôle (Procès verbaux de CVS et de commission de restauration).	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement) L311-8 CASF (obligation d'affichage du PE)

Animation et fonctionnement des instances

N°ICAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui sont établis les ordres du jours ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque années ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	Un Conseil de la vie sociale (CVS) est en place et ses dernières élections datent de juin 2022.Comme indiqué dans le compte-rendu (CR) du CVS du 1^{er} juillet 2022, le CVS est commun aux 2 EHPAD du Centre Hospitalier des Quatre Villes : EHPAD Laval et à l'ULSD (Unité de soins Longue durée) Pasteur sur le site de la résidence Lelegard et EHPAD Jean Rostand. Un résident de l'EHPAD est président du CVS et deux résidents de l'EHPAD Jean Rostand sont vices-présidents du CVS. Le CVS n'est pas conforme à la réglementation, puisqu'il ne prend pas en compte les évolutions apportées par le décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 applicable au 1^{er} janvier 2023 (composition, règlement intérieur, fonctionnement). Dans la réglementation rappelée dans le livret d'accueil, de l'établissement, le CVS doit se réunir trois fois minimum par an pour donner un avis et faire des propositions sur toutes les questions relatives à la vie dans l'établissement. Or pour 2022, seuls deux comptes rendus de CVS ont été fournis à l'équipe d'inspection. Et pour 2023, à la date de l'inspection (27/09/2023), seul un compte rendu de CVS a été transmis. Des éléments d'information sur la réforme concernant la nouvelle composition du CVS sont présents dans le compte rendu du CVS du 7 juillet 2023. Il est précisé que le nouveau règlement intérieur du CVS sera arrêté lors du prochain CVS en septembre 2023. Le compte rendu du CVS qui était prévu en septembre 2023 n'a pas été fourni à l'équipe d'inspection.	Ecart n°8 : Le CVS n'est pas conforme au CASF (composition, règlement intérieur, fonctionnement) , de plus, il ne s'est pas réuni au minimum 3 fois dans l'année ni en 2022, ni en 2023.	D311-3 à 32-1 CASF (CVS) D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS modifié par le décret n°2022-688 du 25 avril 2022 D311-6 CASF (répartition membres du CVS Résident/famille>à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les éts publics des organisations syndicales) D311-15 CASF (CVS conseil et fait des propositions) D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an + OJ communiqué au moins 8 jours avant) D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	Dans les trois comptes rendus de CVS fournis (1 ^{er} juillet 2022, 11 octobre 2022 et 7 juillet 2023), aucune présentation des événements indésirables (EI) n'est effectuée, ni présentation de leur résolution et bilan annuel.	Ecart n°9 : Il n'existe pas dans les sujets mis à l'ordre du jour des différentes réunions de CVS , de présentation des EI / EIG et de leur bilan annuel au CVS.	R331-10 CASF , L311-6, D311-4-0 D311-20 (informer CVS des EI et dysfonctionnement)

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans quel domaine ? Sont-ils connus des autres professionnels ? Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?	Comme indiqué dans le livret d'accueil des nouveaux salariés, la Cellule Qualité Gestion des Risques et COVIRIS (Comité des Vigilances et des Risques) du CH 4 Villes pilote de manière opérationnelle, la qualité et la sécurité des soins. Les coordonnées de ces services sont indiquées dans ce livret d'accueil. Les documents correspondant à la journée d'accueil des nouveaux arrivants du 13 avril 2023 transmis font apparaître qu'une présentation liée à la Qualité « Gestion des risques - Certification HAS (Haute Autorité de Santé) » a été effectuée mettant en avant la qualité et la déclaration des événements indésirables (EI) pour la prévention des risques.		
1.4.3.3	Gestion de la qualité	Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ? L'article L. 313-24 du CASF qui protège notamment tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés, est-il respecté ?	Aucune procédure de signalement en cas d'agression n'a été transmise à l'équipe d'inspection. Aucune information quant à la transmission des cas de maltraitance n'a été fournie à l'équipe d'inspection.		L119-1 CASF (Définition maltraitance) L.331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L313-24 CASF (protection du signalant)

1.4.3.1	Gestion de la qualité Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est-elle mentionnée dans le livret d'accueil ? - repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA,...) sont-ils affichés ? Quelle est la participation du médecin coordonnateur ?	La promotion de la bientraitance est évoquée par la présence de la charte des droits et libertés de la personne accueillie dans le livret d'accueil aux résidents et dans le contrat de séjour, par un chapitre intégré dans le règlement de fonctionnement et par le projet médico-soignant intégré dans le projet d'établissement du CH 4 villes (2022-2026). Dans les documents fournis aux membres de la mission, aucune formation en 2022 ou 2023 n'est liée à la promotion de la bientraitance. Dans les éléments transmis par l'établissement et notamment dans le plan de formation, il n'apparaît pas de formation liée à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance.	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) Circulaire rel lutte c/ la maltraitance et au dvi de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008
---------	---	--	---

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des : - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font l'objet : - d'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant - de la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ?	Une enquête de satisfaction est diffusée chaque année auprès des résidents et de leurs proches. Les résultats sont communiqués • par voie d'affichage dans la résidence • Sur le site internet du CH4V • https://www.ch4v.fr/personnes-agees/satisfaction-des-patients-et-residents-dans-le-secteur-des-personnes-agees/ L'EHPAD ne dispose pas de support permettant le recueil des réclamations et des doléances à disposition des résidents et des familles. L'information est transmise oralement aux équipes encadrantes en présentiel. Seule l'adresse courriel de contact de la direction est présente sur le livret d'accueil.	Remarque 5 : Il est constaté une absence de tracabilité des plaintes et réclamations des familles et de procédure de traitement et de suivi de ces dernières.	
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ? Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ? Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ? Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	Il existe un document de procédure « Gestion des événements indésirables et événements indésirables graves notamment liés aux soins » et un document d'incitation à la déclaration « charte de confiance et incitation au signalement d'EIS ». De plus, Le livret d'accueil des nouveaux salariés incite au signalement des événements indésirables (déclaration en ligne sur le portail intranet [REDACTED]). Ces signalements sont ensuite analysés et traités par la Cellule Qualité.		

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			La déclaration interne des événements indésirables (dysfonctionnements, EI, EIG, vigilances) est réalisée via l'intranet sur le logiciel [REDACTED] Pour certains types d'événements il existe d'autres modalités, ainsi les chutes et les escarres sont déclarées dans [REDACTED] Le document de procédure présente le lien internet pour la déclaration au Ministère des EIGS, cependant la décision de déclaration externe à l'ARS n'est pas systématique. Il est indiqué « Pour tout autre EI, la décision de déclarer un EIG associé aux soins (EIGS) à l'ARS est prise collégialement à l'issue de l'analyse dans une cellule de crise convoquée à cet effet et en concertation avec le directeur ou l'administrateur de garde ». Les EI ne sont pas déclarés aux deux autorités de tutelle. Il n'apparaît pas de formation à la sensibilisation des EI pour les équipes dans les documents envoyés par l'établissement. La mission constate qu'il existe une sensibilisation des salariés à la déclaration des EIG/ EIG sans toutefois qu'une formation leur permettant d'assimiler les outils et critères de qualification des dysfonctionnements en EI/ EIG n'aient été enseignés. La mission a constaté un défaut d'information de la protection des déclarants d'EI/ EIG liés au soins.	Ecart n°10 : Les signalements des EI et EIG ne sont pas déclarés aux deux autorités de tutelles et leurs suivis n'est pas assurée. La politique de déclaration et gestion des EI / EIG n'est pas totalement maîtrisée par l'établissement et non partagée en intégralité avec l'ensemble des salariés de l'établissement ce qui contrevient aux articles L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF.	L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement et l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	Comme indiqué dans le document de procédure « Gestion des événements indésirables et événements indésirables graves notamment liés aux soins », le déclarant dispose des analyses récapitulatives des EI mises à disposition de tous en ligne sur [REDACTED] il y est noté également que des analyses des EI devraient être effectuées et des actions correctrices mises en œuvre dont le but est d'améliorer les pratiques.		L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées) R1413-67

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Des tableaux des EI signalés à l'EHPAD pour les années 2021 à 2023 et les bilans annuels de l'analyse des événements indésirables au sein du CH4V (EHPAD inclus) pour les années 2021 et 2022 ont été transmis à l'équipe d'inspection. Le plan d'action globalisé est ensuite intégré au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).		EIGS) R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) HAS, "Mission du resp d'état et rôle de l'encadrt / maltraitance", 2008
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ? - ARS - CD - Procureur de la République Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?	Il a été remis aux membres de la mission des tableaux récapitulatifs des EI pour les années 2021, 2022 et 2023, aucun n'a été transmis aux deux autorités de tutelle. Sur la période de janvier 2019 à mars 2023, aucun EI n'a été déclaré à l'ARS et seule une réclamation a été déclarée.		L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente) R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS) L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)

Prise en charge

Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Y a-t-il un référent « PAI » par résident ? Qui contribue à l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets d'accueil de vie, d'accompagnement, à leur suivi et évaluation ainsi que de leurs évolutions et mises à jour ? Avec quelle périodicité, quels motifs (évolution du comportement) ? Les personnes accueillies participent-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?	Les éléments concernant les PAI ont été obtenus en l'absence de la psychologue (entretiens divers et à travers les dossiers des résidents consultés). - L'évaluation et la mise à jour des PAI sont réalisées par la psychologue. - Le calendrier pour l'élaboration des PAI est transmis aux personnes suivantes : MEDCO, cadre de santé, IDE, cadre hôtellier, psychologue, psychomotricienne, animateur, masseur kinésithérapeute, art thérapeute. - Le projet d'accompagnement individuel (PAI) du résident est actualisé tous les ans. - Les PAI ne figurent pas dans les dossiers usagers consultés par l'équipe d'inspection. - Les résidents interrogés et leur familles ont indiqué à l'équipe d'inspection avoir été présents lors de la première réunion pour l'élaboration du PAI. La mission n'a pas trouvé de PAI dans les dossiers des résidents qu'elle a étudiés et ne peut donc confirmer qu'ils existent.	Il n'existe pas de procédure formalisée de réalisation et de ré-évaluation des PAI. Ecart n°11 :	L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-14 (IDE recherche consentement patient) D312.155.0 3° (PAI et projet de vie en EHPAD) HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalisé, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.4.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les temps de transmissions interéquipes sont-ils planifiés ? - Qui en assure le pilotage ? - Existe-t-il une procédure ? - Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) Y a-t-il des temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	Les aides-soignantes disposent d'ordinateurs pour réaliser leurs transmissions. L'équipe d'inspection a constaté que les ordinateurs étaient soit dans la salle de restaurant, soit dans les couloirs. La mission ne peut confirmer que l'ensemble des personnels a bien été formé à l'usage du logiciel de tracabilité. En revanche, les lieux utilisés pour ces transmissions ne sont pas propices au respect du secret médical. Le document "Fiche de tâches horaires" décrit l'organisation du travail pour les IDE, AS et ASH au sein de l'EHPAD. Selon ces fiches, il existe bien des temps de transmission entre les équipes de jour et de nuit. La transmission écrite est enregistrée sur [REDACTED]. En journée, certaines AS ont des horaires de travail de 7h30 à 19h30 et d'autres de 8h à 20h. Les AS de nuit ont des horaires de travail de 19h45 à 7h45. La transmission orale est effectuée pendant 15 min le soir de 19h45 à 20h avec les AS qui terminent donc à 20h. Les IDE ont des horaires de travail de 7h à 18h ou de 8h à 19h. Le matin, entre 7h et 7h45, des transmissions sont effectuées entre l'équipe de nuit et de jour. Puis à 8h, d'autres transmissions sont effectuées entre les 2 IDE et entre les AS qui débutent à 8h. L'établissement a bien pris en compte d'un temps dédié aux transmissions d'équipes matin et soir, toutefois, la mission n'a pas pu constater l'effectivité quotidienne.	Ecart n°12 : En l'absence de locaux dédiés aux transmissions l'établissement ne peut garantir la confidentialité des informations qu'il délient sur les résidents ce qui contrevient aux articles L311-1 4° CASF et L1110-4 CSP.	L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) L1110-4 CSP (secret médical)

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.1.1	Respect des droits des personnes	Quels sont les moyens facilitant l'association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne accueillie : Disponibilités de locaux d'accueil ?	Il n'existe pas de salon de famille. Les familles peuvent retrouver leurs proches, dans leur chambre ou dans la salle de restaurant au RDC qui sert aussi aux animations. Il est à noter que le compte rendu du CVS du 7 juillet 2023 souligne l'identification difficile des différents professionnels par les familles et les résidents (il est envisagé d'étudier la possibilité de différencier les tenues lors de leur renouvellement).	Remarque 6 : Les professionnels ne sont pas identifiables avec leurs tenues par les résidents et familles ce qui ne permet pas à ces derniers de déterminer la qualification des personnels intervenant dans l'EHPAD.	
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	Les droits des résidents figurent dans le livret d'accueil du résident. La Charte des droits et libertés est diffusée au public par affichage au sein de la résidence.		
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	Quelles sont les possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits ? Une liste départementale peut-elle ainsi être proposée pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	La mission n'a pas trouvé de preuve que les résidents sont informés de la possibilité de faire appel à une personne qualifiée extérieure à l'établissement. La mission n'a pas constaté l'affichage de la liste des personnes qualifiées.	Ecart n°13 : En n'informant pas systématiquement les résidents de la possibilité de faire appel à une personne qualifiée extérieure à l'établissement, l'établissement contrevient à l'article L311-3 6° CASF.	L311-3, 6° CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.2.5	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP), facilement accessible d'une personne accueillie ? Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	Une information sur le rôle et les modalités de désignation d'une personne de confiance est présentée en annexe 2 du livret d'accueil du résident. Il n'existe pas de preuve que l'établissement s'assure de la compréhension du résident quant à cette possibilité.	Ecart n°14 : En n'informant pas systématiquement les résidents de la possibilité de désigner une personne de confiance, l'établissement contrevient aux articles L1111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF.	L311-4, 6°alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L1111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance)
3.2.2.6	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour rédiger les directives anticipées, facilement accessible d'une personne accueillie ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	Aucun des dossiers consultés ne contenaient de directives anticipées ou de traçabilité du refus d'en rédiger par le résident. La mission ne peut donc pas confirmer que la possibilité de rédiger des directives anticipées ait été proposée à l'ensemble des résidents.	Ecart n°15 : En ne traçant pas systématiquement l'acceptation ou le refus de rédiger des directives anticipées, l'établissement contrevient aux articles L1111-4 alinéa 3 et L1111-11 CSP (directives anticipées).	L1111-4 alinéa 3 et L1111-11 CSP (directives anticipées) HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 4", 2012
3.2.3.2	Respect des droits des personnes	Quels sont les différents moyens mis en place pour renforcer garantir l'identification des usagers ? photos, étiquette, bracelet, ...	L'établissement dispose d'un trombinoscope avec les photos de chacun des résidents avec l'indication de la chambre et du nom du résident. Les membres de la mission n'ont pas obtenu l'information de la localisation du trombinoscope. Lors du repas, il n'existe aucun moyen d'identifier les résidents entre eux alors qu'il existe des mouvements de personnel pour compléter les équipes. De plus, les résidents sont malgré tout susceptibles de changer de place à table.	Ecart n°16 : L'organisation des repas ne garantit pas l'identitovigilance notamment en cas de remplacement du personnel entraînant un risque pour la sécurité des résidents : risque de fausses routes pour erreur de texture ou erreur médicamenteuse, ce qui contrevient à l'article L311-3 CASF.	L. 311-3 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.4.1	Respect des droits des personnes	Existe-t-il une mise en place de mesures de protection juridique en cas d'incapacité de gestion des biens, de protection des biens (objets personnels, bijoux...) des personnes et régularité de l'évaluation ? Est-il proposé un coffre-fort pour les bijoux et autres effets personnels de valeur ? Dispositions prises pour l'argent de poche, la tenue de comptes du résident ?	Il existe une procédure pour le dépôt d'objets ou de valeurs. Des informations concernant la gestion des biens et valeurs personnels sont présentes dans le livret d'accueil du résident.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.3.2.1	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il un ou plusieurs référent(s) chargés de coordonner les animations sur la base d'un projet d'animation formalisé varié (activités artistiques, culturelles, sportives...) et pouvant se dérouler au sein de la structure comme des activités telles que cuisine, jardinage, ateliers de créativité, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux ? Y a-t-il un programme d'animation spécifique aux unités alzheimer (UVP, ...)	Un animateur est présent dans l'établissement, il est chargé de coordonner les animations, [redacted] L'établissement a transmis le bilan des activités des animations de l'année 2022 où sont énoncées les activités et partenariats mis en œuvre pour les résidents. Des animations autour des sens, de la mémoire, de l'expression et des capacités physiques mais également des sorties culturelles se tiennent dans l'établissement. Il apparaît dans le projet de l'UHR transmis par l'établissement, des temps sont identifiés des professionnels compétents pour leur mise en œuvre : psychomotricien/art thérapeute/animateur. Est présent dans le projet de l'UHR, un planning hebdomadaire et prévisionnel d'activités. Le programme d'animation du mois de septembre 2023 a été transmis à l'équipe d'inspection. On y constate une ou deux animations le matin deux fois par semaine (11h45 et 10h30 et 11h20) puis de une à quatre animations l'après-midi. L'association des familles effectue des animations les samedi et dimanche		
3.3.2.2	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il dans le Projet d'établissement un volet à part entière relatif à l'animation, validé par le Conseil de la vie sociale et promu au sein de l'ESSMS avec une continuité pendant les congés... ?	Le projet d'établissement du CH 4 Villes 2022 à 2026 présente des projets par pôle, notamment celui des personnes âgées avec une fiche projet (annexe 9.4). Il n'existe pas de volet relatif à l'animation dans la partie concernant le Pôle Personnes âgées, dans le projet d'établissement du CH 4 Villes.	Remarque 7 : Il n'apparaît pas dans la fiche projet « personnes âgées » du projet d'établissement du CH 4 villes, un volet à part entière relatif à l'animation.	

Vie quotidienne- Hébergement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.4.3.2	Vie quotidienne - Hébergement Existe-t-il une enquête de satisfaction sur la restauration ? Il y a-t-il une commission des menus ?		Les entretiens réalisés le jour de l'inspection font état de l'existence d'une enquête de satisfaction concernant la restauration et la tenue d'une commission des menus. Il est à noter que le compte rendu du CVS du 7 juillet 2023 [REDACTED] Lors des entretiens il a été précisé à la mission que les difficultés rencontrées étaient d'ordre logistique, la mission s'interroge de ce fait sur le respect des normes HACCP pour le circuit de restauration et la livraison des repas.	Ecarts n°17 : L'établissement ne peut garantir le respect des normes HACCP pour le circuit de restauration ce qui compromet la sécurité des résidents et contrevient à l'article L311-3 CASF.	L311-3 CASF (PEC et sécurité des résidents) Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, commission : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)
3.4.3.3	Vie quotidienne - Hébergement Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution ?		Le règlement de fonctionnement précise que les régimes alimentaires médicalement prescrits sont pris en compte.		
3.4.3.5	Vie quotidienne - Hébergement Existe-t-il un recensement et suivi actualisés des régimes, textures, compléments nutritionnels oraux ?		La liste des régimes et textures est présentée sous forme d'un plan de table dans chaque salle de restaurant. Il est mis à jour par la cadre de santé par le biais d'une remontée d'information des soignantes. Les régimes sont bien recensés (plan de table avec précision des textures de repas). La mission constate toutefois, qu'il ne présente pas des photos des résidents ce qui nuit à l'identification (cf supra 3.2.3.2)		L311-3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.3.7	Vie quotidienne - Hébergement	Quels sont les horaires des repas (début et fin) et des collations, y compris dans la nuit ? Il ne doit pas y avoir de jeûne supérieur à 12 heures.	Les horaires des repas, tels que définis dans le règlement de fonctionnement, sont les suivants : • petit déjeuner entre 8 heures et 9 heures, • déjeuner entre 12 heures et 13 heures, • Une collation est servie dans l'après-midi, • dîner entre 18 heures et 19 heures. Dans le livret d'accueil, les horaires des repas sont légèrement différents : • Petit-déjeuner : à partir de 7h30, • Déjeuner : 12h15-13h30, • Goûter : 16h-16h30 • Dîner : 18h15-19h La mission a constaté un jeûne nocturne de plus de 12 heures et l'absence de collation proposée systématiquement ou à la demande aux résidents.	Remarque 8 : Les horaires des repas précisés dans le règlement de fonctionnement sont différents des horaires des repas inscrits dans le livret d'accueil et l'établissement ne dispose pas de collation la nuit.	D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 III 2° CASF (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne) Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS RBPP HAS Recommandations du GEM-RCN
3.4.3.10	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il une procédure d'aide au repas ? Existe-t-il une procédure permettant de déterminer les personnes à servir en chambre (sur demande de la personne prise en charge et motif, état de santé défaillant...) ? Les professionnels sont-ils formés sur les troubles de la déglutition ? Les professionnels ont-ils une observance des rations alimentaires consommées ? Les professionnels sont-ils moteur de stimulation auprès des résidents mangeant en chambre ?	Les membres de l'équipe d'inspection présents lors du déjeuner ont constaté que le personnel apportait son aide aux résidents lors de la prise de repas dans la salle de restaurant. Toutefois, aucune procédure d'aide au repas ou permettant de déterminer les personnes à servir en chambre n'a été remise à la mission. L'équipe d'inspection a noté lors du repas la présence d'une résidente qui mangeait sur une petite table, face au mur, à l'extérieur de la salle de restaurant, derrière la porte.	Ecart n°18 : En plaçant une résidente dans une position indigne et maltraitante, l'établissement ne respecte pas ses droits fondamentaux et contrevient à l'article L311-3 du CASF.	L311-3 CASF (PEC et accompagnement de qualité) Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, oct. 2007

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Le personnel sur place interrogé a justifié cela par la gêne occasionnée aux autres résidents, par les cris de cette dernière. La mission a compris la raison de l'isolement de la résidente pour autant le déplacement de la résidente derrière une porte et face au mur est indigne et maltraitant.		
3.4.4.2	Vie quotidienne - Hébergement	Concernant l'incontinence, quelles sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ? Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ? Les commandes sont-elles basées sur les stocks existants et sur les besoins des résidents ?	Aucun protocole des changes des résidents n'a été fourni à l'équipe d'inspection. Il est à noter que le compte rendu du CVS du 7 juillet 2023 précise que les résidents souhaitent une amélioration des tours de change ; il est prévu de relancer le projet d'individualisation et de traçabilité des protocoles de change via l'application du fournisseur.	Ecart n°19 : Il n'existe ni protocole de change, ni traçabilité des changes des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	L311-3 CASF

Fonctions support

Gestion d'information

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.2.1	Gestion d'information	L'établissement tient-il à jour le registre des entrées et sorties d'hébergement des résidents où sont mentionnées : - l'identité des personnes accueillies, - la date de leur entrée, - la date de leur sortie ? Le registre est-il paraphé par le maire ?	La mission n'a pas constaté l'existence d'un registre des entrées et des sorties d'hébergement. L'établissement dispose d'un registre des visiteurs présenté à la mission.	Ecart n°20 : Il n'existe pas de registre des entrées et des sorties d'hébergement des résidents.	L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S) R. 331-5 CASF (registre E/S paraphé par le maire)
2.3.4.2	Gestion d'information	Le contenu des dossiers administratifs des résidents est-il complet ? - contrat de séjour, - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - CR des réunions de synthèse, - projet d'accompagnement individualisé (PAI) - consentement, - personnes de confiance, - directives anticipées, - droit à l'image, CNIL	Les dossiers administratifs des résidents consultés par l'équipe d'inspection sont incomplets. Il n'est pas fait mention dans les dossiers des résidents de la rédaction ou non de directives anticipées qui elles doivent être classées dans la dossier médical. De plus, dans certains dossiers consultés, les contrats de séjour signés ne présentent ni date de début de contrat, ni date de signature.	Ecart n°21 : En ne vérifiant pas que tous les contrats de séjour des résidents indiquent bien une date de signature de contrat ou de début de contrat, l'établissement contrevient aux articles D311 CASF, Décret n°2004-1274.	L311-3, L311-4 et L311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil. articles D311 CASF, Décret n°2004-1274 relatifs aux contrats de séjour.

Bâtiments, espace extérieurs et équipement

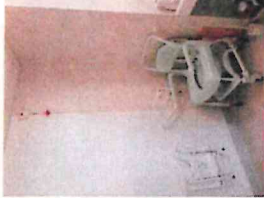
N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBpp
2.4.1.8	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou une pièce rafraîchie en état de marche ? OU l'EHPAD est-il climatisé ?	Le plan bleu indique l'absence de climatisation fixe au sein de l'EHPAD. Cependant, des pièces sont rafraîchies au RDC (salon, salle à manger, salle de réunion) et il existe des climatiseurs mobiles à chaque étage (salle à manger) et un ventilateur pour chaque chambre. Les crédits demandés pour l'installation d'une climatisation dans les salles à manger des étages ont été accordés. Toutefois, la mission ne peut pas attester que les travaux ont été réalisés.		D312-161 CASF (pièce rafraichissante)
2.4.2.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Les personnes à mobilité réduite peuvent-elles se déplacer à l'intérieur de l'institution : - circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ?	Les personnes à mobilité réduite peuvent se déplacer aussi bien selon des circulations horizontales que verticales.		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.3.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	Comme indiqué dans le livret d'accueil, les petites réparations sont assurées par l'équipe technique du CH 4 Villes. La demande est à formuler auprès de l'équipe soignante ou hôteillère. Il n'existe pas d'organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et travaux du quotidien (cahier de demande, de suivi, traçabilité). Les membres de la mission ont réalisé des tests sur les lits médicalisés. Les commandes électriques de certains lits dysfonctionnent.	Remarque 9 : Certains lits médicalisés dysfonctionnent. Les commandes électriques doivent être conformes aux normes de sécurité en vigueur et accessibles au résident lui permettant d'adapter la position du lit à ses besoins sans l'aide d'une tierce personne.	Arrêté du 12 Avril 2017 portant modification des modalités d'inscription des lits médicaux inscrits au titre de la liste prévue à l'article L.165 du CSS

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			La mission rappelle que les IIS à hauteur variable ont pour objectifs de faciliter les transferts des résidents et les conditions de travail des salariés (TMS).		
2.4.3.9	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Outils et des équipements de travail. Focus maltraitance : rails, pesées par exemple.	Comme indiqué dans le compte rendu du CVS du 7 juillet 2023, une aide financière en CNR et aide à l'investissement a été accordée par l'ARS à l'EHPAD pour le financement des rails de transfert pour 14 chambres. La mission rappelle à l'établissement qu'il devra tenir l'ARS au courant de l'effectivité des achats et de l'installation.		L1110-1-1 CSP (formation / évolutions obligatoire) L4121-3 (DUERP)
2.4.4.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Le circuit du linge est-il conforme aux RBPP ? L'établissement prend-il en charge le linge personnel des résidents ? Si oui, l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attente et de la satisfaction des résidents et de leurs familles (ramassage, délai du rendu...) ?	Il existe une procédure pour le circuit du linge. L'établissement prend en charge le linge personnel des résidents conformément à l'annexe 2-3-1 du CASF sur les prestations minimales à fournir en EHPAD. Il est à noter que le compte rendu du CVS du 7 juillet 2023 précise que les résidents souhaitent une meilleure qualité de la prestation linge car le linge n'est pas repassé.		

Sécurité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.5.3.4	Sécurités	La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...) ?	Un code est nécessaire pour sortir de l'établissement. De plus un autre code est nécessaire pour entrer à l'UVP du 1^{er} étage (code ascenseur). En consultant les dossiers administratifs des résidents, la mission n'a pas constaté la présence de l'annexe réglementaire sur la restriction du droit d'aller et venir des usagers. Des codes sont présents à chaque étage pour pouvoir emprunter les escaliers. Les membres de la mission ont constaté que les portes fenêtres des balcons à chaque étage étaient ouvertes ainsi que la terrasse du 4^{ème} étage. De plus, les portes-fenêtres de chaque étage ne disposent pas de fermetures sécurisées y compris l'UHR. La mission a constaté lors de la visite que la sécurité n'est pas assurée en permanence puisqu'aucun salarié n'était présent pour surveiller les portes-fenêtres et l'accès à la terrasse, laissant ainsi la possibilité aux résidents de se mettre en danger ou d'attenter à leurs jours. De plus une porte fenêtre est cassée au sein de l'UHR. La mission a demandé à ce que la fenêtre soit réparée et fermée ce qu'elle a pu constater en fin de journée. 	Ecart n°22 : En l'absence de l'annexe restreignant les droits d'aller et venir des résidents notamment en UVP et UHR, l'établissement n'encadre pas le droit d'aller et venir des usagers ce qui contrevient à l'article L311-4-1 du CASF. Ecart n°23 : En l'absence d'une surveillance permanente des accès aux balcons et à la terrasse du 4^{ème} étage, l'organisme gestionnaire et le directeur ne mettent pas en oeuvre de dispositifs permettant de garantir la sécurité physique des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	L311-3 1° CASF (sécurité du résident) Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et un USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement Direction Générale de l'action social. (Mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012) Chapitre 7.4 : Un environnement sécurisé Compte tenu des troubles du comportement sévères des personnes accueillies dans l'UHR, un soin particulier sera apporté à certain équipement qui peuvent présenter des risques pour la sécurité tels que les radiateurs ou les fenêtres. D312-15-0-2 CASF (conditions caractéristiques de l'UHR)

			Il a été noté lors du passage des membres de la mission, la présence d'objets potentiellement dangereux (clou, outil de jardin, tire-bouchon) sur la terrasse du 4^{ème} étage, sont facilement accessibles aux résidents.   	Ecart n°24 : Des objets contondants (cf photo présence d'une binette et griffes de jardin) ne sont pas rangés dans des locaux sécurisés.	L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
		Lors de l'inspection, les membres de la mission ont observé la présence du local ménage au sein du vestiaire des hommes. A ce titre, les membres de la mission ont constaté la présence de chariots de ménages et du stockage de produits d'entretien au sein des vestiaires des hommes.			

			Concernant l'élimination des DASRI, la mission relève l'accessibilité au local de stockage des déchets d'activités de soins (DASRI). En effet, la porte dispose d'un code d'entrée cependant, le jour de l'inspection, la porte était ouverte. La zone est non identifiée et son accès n'est pas limité. 	Ecart n°25 : Le local DASRI n'est ni identifié, ni fermé à clé. Arrêté du 07 Septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des DASRI et des pièces anatomiques.	
2.5.4.3	Sécurités	Existe-t-il des systèmes d'appel pour les résidents : dans les chambres, dans les cabinets de toilette, dans les lieux communs ? portés par les résidents eux-mêmes ? L'utilisation des appels-malade est-elle caractérisée par un signal sonore, visuel ? Existe-t-il une organisation permettant de s'assurer que le système de réponse aux appels des résidents (sonnettes...) garantit une réponse rapide ?	Des systèmes « d'appels malades » sont présents près de chaque lit et dans les salles de bains entre la douche et les toilettes dans les chambres visitées le jour de l'inspection contrôle. Des tests « d'appels malades » ont été réalisés dans différentes chambres par l'équipe d'inspection avec un temps d'attente inférieur à 5 minutes pour chacun. Tous les « appels malades » ne sont pas accessibles par les résidents. 	Ecart n°26 : En ne permettant pas aux résidents un accès systématique aux appels malades, l'établissement contrevient à l'article L311-3 CASF. L311-3 CASF 1° (sécurité du résident)	

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Ecart n°1 : La capacité installée n'est pas conforme à l'arrêté d'autorisation..... 10
Ecart n°2 : Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement par rapport aux caractéristiques prises en compte pour son autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente..... 10
Ecart n°3 : Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD n'est pas conforme au CASF dans son contenu. Certains sujets ne sont pas évoqués comme listés ci-contre dans la case de gauche : « Observations et commentaires » 13
Ecart n°4 : La demi page trouvée dans le projet d'établissement du CH4 Villes ne peut pas être considérée comme un projet d'établissement il n'existe pas non plus de projet général de soins, aussi l'établissement n'est pas en mesure de garantir la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux articles L311-8 et L311-3 du CASF..... 14

Ecart n°6 : Le temps de présence du MedCo est inférieur au temps de présence réglementaire ce qui compromet la santé, la sécurité et la prise en charge des résidents et contrevient aux articles D312-156 CASF..... 19
Ecart n°7 : Certains affichages obligatoires n'étaient pas effectifs dans l'établissement le jour de l'inspection contrôle (Procès verbaux de CVS et de commission de restauration, dernière enquête de satisfaction)..... 20
Ecart n°8 : Le CVS n'est pas conforme au CASF (composition, règlement intérieur, fonctionnement) , de plus, il ne s'est pas réuni au minimum 3 fois dans l'année ni en 2022, ni en 2023..... 21
Ecart n°9 : Il n'existe pas dans les sujets mis à l'ordre du jour des différentes réunions de CVS , de présentation des EI / EIG et de leur bilan annuel au CVS..... 22

Ecart n°10 : Les signalements des EI et EIG ne sont pas déclarés aux deux autorités de tutelles et leurs suivis n'est pas assuré. La politique de déclaration et gestion des EI / EIG n'est pas totalement maîtrisée par l'établissement et non partagée en intégralité avec l'ensemble des salariés de l'établissement ce qui contrevient aux articles L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF..... 26
Ecart n°11 : Il n'existe pas de procédure formalisée de réalisation et de ré-évaluation des PAI..... 28
Ecart n°12 : En l'absence de locaux dédiés aux transmissions l'établissement ne peut garantir la confidentialité des informations qu'il détient sur les résidents ce qui contrevient aux articles L311-1 4° CASF et L110-4 CSP..... 29
Ecart n°13 : En n'informant pas systématiquement les résidents de la possibilité de faire appel à une personne qualifiée extérieure à l'établissement, l'établissement contrevient à l'article L311-3 6° CASF..... 30
Ecart n°14 : En n'informant pas systématiquement les résidents de la possibilité de désigner une personne de confiance, l'établissement contrevient aux articles L111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF..... 31
Ecart n°15 : En ne traçant pas systématiquement l'acceptation ou le refus de rédiger des directives anticipées, l'établissement contrevient aux articles L111-4 alinéa 3 et L111-11 CSP (directives anticipées)..... 31
Ecart n°16 : L'organisation des repas ne garantit pas l'identitovigilance notamment en cas de remplacement du personnel entraînant un risque pour la sécurité des résidents : risque de fausses routes pour erreur de texture ou erreur médicamenteuse, ce qui contrevient à l'article L311-3 CASF..... 31

Ecart n°17 :	L'établissement ne peut garantir le respect des normes HACCP pour le circuit de restauration ce qui compromet la sécurité des résidents et contrevient à l'article L311-3 CASF.	34
Ecart n°18 :	En plaçant une résidente dans une position indigne et maltraitante, l'établissement ne respecte pas ses droits fondamentaux et contrevient à l'article L311-3 du CASF.	35
Ecart n°19 :	Il n'existe ni protocole de change, ni traçabilité des changes des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	36
Ecart n°20 :	Il n'existe pas de registre des entrées et des sorties d'hébergement des résidents.	37
Ecart n°21 :	En ne vérifiant pas que tous les contrats de séjour des résidents sont bien datés et signés, l'établissement contrevient aux articles.	37
Ecart n°22 :	En l'absence de l'annexe restreignant les droits d'aller et venir des résidents notamment en UVP et UHR, l'établissement n'encadre pas le droit d'aller et venir des usagers ce qui contrevient à l'article L311-4-1 du CASF.	40
Ecart n°23 :	En l'absence d'une surveillance permanente des accès aux balcons et à la terrasse du 4ème étage, l'organisme gestionnaire et le directeur ne mettent pas en oeuvre de dispositifs permettant de garantir la sécurité physique des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	40
Ecart n°24 :	Des objets contondants (cf photo présence d'une binette et griffes de jardin) ne sont pas rangés dans des locaux sécurisés.	41
Ecart n°25 :	Le local DASRI n'est ni identifié, ni fermé à clé.	42
Ecart n°26 :	En ne permettant pas aux résidents un accès systématique aux appels malades, l'établissement contrevient à l'article L311-3 CASF.	42

Remarques

Remarque 1 :	La liste des résidents transmise par l'établissement est conforme à l'exception du numéro de chambre non renseigné. L'établissement doit être en capacité de fournir les GIR de l'ensemble de ces résidents.	12
Remarque 2 :	Le document transmis en lieu et place de l'organigramme demandé par la mission de correspond en rien à un organigramme, ce dernier ne fait pas apparaître les liens fonctionnels et hiérarchiques entre les personnels ce qui pourrait induire une confusion chez les familles, les résidents voire les salariés.	15
Remarque 3 :	Il est attendu que des comptes rendus soient réalisés lors des réunions afin de pouvoir tracer et communiquer les décisions prises.	16
Remarque 4 :	Aucune procédure encadrent les astreintes.	18
Remarque 5 :	Il est constaté une absence de tracabilité des plaintes et réclamations des familles, ni de procédure de traitement et de suivi de ces dernières.	25
Remarque 6 :	Les professionnels ne sont pas identifiables avec leurs tenues par les résidents et familles ce qui ne permet pas à ces derniers de déterminer la qualification des personnels intervenant dans l'EHPAD.	30
Remarque 7 :	Il n'apparaît pas dans la fiche projet « personnes âgées » du projet d'établissement du CH 4 villes , un volet à part entière relatif à l'animation.	33
Remarque 8 :	Les horaires des repas précisés dans le règlement de fonctionnement sont différents des horaires des repas inscrits dans le livret d'accueil et l'établissement ne dispose pas de collation la nuit.	35
Remarque 9 :	Certains lits médicalisés dysfonctionnent. Les commandes électriques doivent être conformes aux normes de sécurité en vigueur et accessibles au résident lui permettant d'adapter la position du lit à ses besoins sans l'aide d'une tierce personne.	38

Conclusion

Le contrôle sur place de l'EHPAD « Jean Rostand » à Sèvres, géré par le CH4 Villes a été réalisé le 27 septembre 2023 et des documents ont été transmis par l'établissement le même jour.

La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les domaines suivants :

- Gouvernance :
- o Management et Stratégie

- Prise en charge :
- o Organisation de la prise en charge,
 - o Vie quotidienne-Hébergement,

Elle a cependant relevé des dysfonctionnements en matière de :

- Gouvernance :
- o Un manque de culture à la déclaration et l'analyse des dysfonctionnements et évènements indésirables,
 - o Un projet d'établissement spécifique à l'EHPAD absent et un projet d'établissement du CH4 Villes non soumis au CVS,

- Prise en charge :
- o Une organisation et un fonctionnement de l'établissement qui ne garantissent pas le plein exercice de leurs droits par les résidents (liberté d'aller et venir, droit de désigner une personne de confiance et droit de rédiger des directives anticipées),
 - o Un temps de présence insuffisant du médecin coordonnateur qui ne peut par conséquent assurer ses missions de coordination,
 - o Une absence totale de déclaration des événements indésirables aux deux autorités de tutelle corroborée par un manque d'appropriation des procédures ad hoc par les soignants.

Ces écarts et remarques, explicités tout au long du rapport et récapitulés à la fin de ce dernier donneront lieu à des prescriptions et recommandations faites au gestionnaire, afin de se mettre en conformité, avec la réglementation et rectifier certains modes de fonctionnement.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et la direction de l'établissement engagent rapidement des actions de correction et d'amélioration.

Nanterre, le 21 décembre 2023

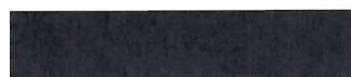
Coordinatrice de la mission Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARSIDF

Glossaire

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
C : conforme
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
Covid : Corona Virus disease
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
E : Ecart
EHPA : Etablissement hébergeant des personnes âgées
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HACCP : « *Hazard Analysis Critical Control Point* »
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé (ex-ANESM)
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MEDEC : Médecin coordonnateur
NC : Non conforme
PVP : Projet de vie personnalisé
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
R : Remarque
RDF : Règlement de fonctionnement
UHR : Unité d'hébergement renforcée
UVP : Unité de vie protégée

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Nanterre, le 20 septembre 2023

Madame,

Le gouvernement a engagé début février 2023 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS.

Les effets attendus du plan sont les suivants :

- Prévenir, repérer et corriger (le cas échéant) les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitance et les dysfonctionnements de nature à affecter la prise en charge des personnes âgées accueillies en EHPAD et / ou le respect de leurs droits.
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les EHPAD, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des résidents, l'individualisation des prises en charge et le respect de leurs droits et libertés.

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD Jean Rostand du CH des 4 Villes (FINESSE : 920804077) situé au 141 Grand Rue 92310 Sèvres, géré par le Centre Hospitalier des quatre villes.

Cette mission d'inspection réalisée sur le fondement de l'article L 313-13, III du code de l'action sociale et des familles, a pour objet de vérifier :

Catégorie

1. Conformité aux conditions de l'autorisation
2. Management et Stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion des risques et des événements indésirables

- Prise en charge
- 5 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
- 6 Respect des droits des personnes
- 7 Vie sociale et relationnelle
- 8 Vie quotidienne et hébergement

A ce titre, j'ai missionné une équipe composée de



Cette inspection s'effectuera de façon itinérante à compter du 27 septembre 2023.

Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement conformément à l'article L. 1421-33 du code de la santé publique. L'agent ayant la qualité de médecin aura accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de sa mission dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer.

Un rapport me sera remis dans un délai d'un mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecteur. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du code des relations entre le public et l'administration.

Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées me sera transmise dans les meilleurs délais.

Je vous notifierai les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

Je vous prie d'agréer Mesdames, l'expression de ma considération distinguée.

Pour la Direction générale
De l'Agence régionale de santé
Île-de-France,
Le Directeur de la délégation départementale
Des Hauts de Seine

Agence régionale de santé Île-de-France
La directrice régionale de la
Délégation départementale des Hauts de Seine

Renaud PELLE

Veronique DUGAY

18 avenue d'Alsace
93000 La Courneuve
Tel : 01 41 97 37 37
<https://www.iledefrance.solidarite.santefamiliales.gouv.fr/region-ile-de-france-93>

Annexe 2 : Liste des documents demandés



27 septembre 2023
EHPAD Résidence Jean Rostand à Sèvres

Liste (non exhaustive) des documents à remettre à la mission

Documents à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie papier	A compléter par la direction
A	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique et domicile de secours (si possible format EXCEL et non PDF)	2 copies papier + Bluefiles	
B	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (précisant si CDI/CDD, stagiaires, libéraux) avec leur fonction, affectation et date de recrutement (format EXCEL et non PDF)	2 copies papier + Bluefiles	

Documents à remettre avant 11 H 00 ce jour :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie sur Cier USB ou consultation	A compléter par la direction
C	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit décalée) ce jour, légende (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	2 copie papier + Bluefiles	
D	Organigramme nominatif de l'EHPAD indiquant le temps de travail des salariés, les liens hiérarchiques et fonctionnels	2 copie papier + Bluefiles	
E	Un plan des locaux	2 copie papier + Bluefiles	
F	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	1 copie papier + Bluefiles	
G	Liste des résidents sortis (avec motifs) durant l'année 2022	1 copie papier + Bluefiles	
H	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre (N et N-1)	1 copie papier + Bluefiles	

A remettre ce jour :

Dans le cadre du contrôle, il vous est demandé de transmettre l'ensemble des documents listé par
 dépôt via l'outil partagé : <https://bluefiles.ehpad-banque.com/app/drop>
 avec l'identifiant : 1b1355d664b44b61be1ec70cd36b311edba72670d05cd45511d6f1b006

Chaque document devra commencer par : « EHPAD Résidence Jean Rostand » avec le numéro correspondant.

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie sur BLUEFILES ou consultation	A compléter par la direction
	La gestion des ressources humaines : état des effectifs, turn-over, formations, climat social		
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail : DUD du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecins prescripteurs et de l'IDEC	Bluefiles	
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecins prescripteurs	Bluefiles	
3	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Bluefiles	
4	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procedure)	Bluefiles	
5	Calendrier des astreintes Direction, médical et soignant depuis janvier 2023	Bluefiles	
6	CR des réunions d'équipes des 6 derniers mois	Bluefiles	
7	Projet d'établissement	Bluefiles	
8	Règlement de fonctionnement	Bluefiles	
9	Plan bleu	Bluefiles	
10	Projet de soins	Bluefiles	
11	Liste nominative des personnels CDD des 12 derniers mois	Bluefiles	
12	Extraction sous fichier Excel du Registre unique du personnel	Bluefiles	
13	Plannings des équipes de soins journaliers (y compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés des mois de juin, juillet, août et septembre 2023 + planning prévisionnel de septembre au octobre 2023 Précision de la légende des sigles utilisés	Bluefiles	
14	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N+1, attestations des formations suivies	Bluefiles	
15	Les fiches de tâches horaires des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Bluefiles	
16	Les fiches de tâches horaires des ASH	Bluefiles	
17	Les fiches de délégation de tâches	Bluefiles	
18	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection	Bluefiles	
19	Livret d'accueil des nouveaux salariés	Bluefiles	
20	Procédure d'accueil des nouveaux salariés	Bluefiles	
21	Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD du mois M-1 et M	Bluefiles	
22	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (tableau Excel et non PDF)	Bluefiles	
23	5 Dossiers RH des salariés 5 Dossiers Administratif des Résidents	Consultation	
24	Registres des délégués du personnel	Consultation	

25	Carnet des Délégués du personnel	Consultation	
26	Rapport d'activité de l'année N-1		
II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance			
22	Composition des différentes instances de l'EHPAD (CVS, CODIR, CA...)	Bluefile	
23	Statuts du GUSMS avec composition des instances dirigeantes et organigramme du Groupe MAPAD	Bluefile	
24	Livret d'accueil des nouveaux résidents	Bluefile	
25	Contrat de séjour vieillesse	Bluefile	
26	Calendrier de mise à jour/évaluation des FVI	Bluefile	
27	Recapitulatif des événements indésirables recensés ces trois dernières années en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Bluefile	
28	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-6-1 CASF - Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Bluefile	
29	CR des réunions des CVS des deux dernières années (2022-2023) et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Bluefile	
30	Règlement intérieur du CVS	Bluefile	
31	Programme d'animation de la semaine en cours	Bluefile	
32	Projet d'animation de l'année 2023 et bilan de l'année 2022	Bluefile	
33	Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée	Bluefile	
34	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroche (mois M-1 et M en cours 2023)	Bluefile	
35	Procès-verbal de la dernière visite de la Commission communale de sécurité	Bluefile	
	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	
	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	
	Registre de fugue permettant d'identifier les résidents à risques	Consultation	
	Dossiers des résidents - projets de vie	Consultation	
	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	
	Procédure de gestion et mise en sécurité des biens des résidents	Bluefile	

